

## Proc. Administrativo 4- 082/2024

---

**De:** Mayara G. - SE-DCON-CO

**Para:** SE-DCON - Diretoria de Contabilidade - A/C Bruna M.

**Data:** 03/04/2024 às 16:35:00

**Setores envolvidos:**

SE-DAA, SE-DCON-CO, SE-DCON, SE-DCON-TE

### FUNDAÇÃO FILANT E BENEF DE SAÚDE ARNALDO GAVAZZA FILHO - NOTA FISCAL 2024/2439

Segue subempenho Gavazza.

—  
**Mayara Padula Gomides**

*Auxiliar Administrativo/Patrimônio*

**Anexos:**

497\_GAVAZZA.pdf



**Consórcio Intermunicipal de Saúde da  
Micro-Região do Vale do Piranga**

ESTADO DE MINAS GERAIS

**SUBEMPENHO**

Exercício

2024

Ficha

00065

Sub-Empenho / Tipo

001/00497 / Estimativo

Convênio.....: 00102 - Serviços Medicos Fundo - Variavel

Emissão: 01 / 03 / 2024

Centro de Custo.....: 00009 - SERVIÇOS MÉDICOS

Vencimento:

**LICITAÇÃO**

Modalidade : **Inexigibilidade(credenciamento)** Número: **6** Data: **29 / 11 / 2022**

Nº Processo de Compra : **63** Data : **29 / 11 / 2022**

Ordem de Serviço : **398/2024**

Contrato :

Favorecido .....: 000047 - FUND. FILANT. BENEF. SAÚDE A. GAVAZZA FILHO

Telefone:

Endereço .....: Avenida Dr.José Grossi, , 16 , 35.430-000

Cidade .....: Ponte Nova - MG

CNPJ / CPF :

Conta Bancária .....:

26.150.979/0001-78

**FUNCIONAL PROGRAMÁTICA E FONTE DE RECURSOS**

Órgão .....: 01 Consórcio Interm.de Saúde Da Micro-Reg.do Vale Do Piranga  
 Unidade .....: 02 Serviços Especializados  
 Subunidade .....: 01 Serviços Especializados  
 Função .....: 10 Saúde  
 Subfunção .....: 302 Assistência Hospitalar e Ambulatorial  
 Programa .....: 0003 Atendimento de Média Complexidade  
 Projeto/Atividade .....: 2.044 Atendimentos Assistenciais - Rateio Variável  
 Natureza .....: 3.3.90.39.36 Serviço Médico-hospitalar, Odonto. e Laboratorial  
 Fonte de Recurso .....: 1.500.000.1002 Identificação das despesas com ações e serviços públicos de saúde Recursos não Vinculados de Impostos

Especificação da Despesa

Valor que se empenha referente aos serviços médicos realizados no período.

Valor

R\$ 5.590,00 ( Cinco Mil e Quinhentos e Noventa Reais )

**DEMONSTRAÇÃO DO SALDO DA DOTAÇÃO**

Descontos:	Saldo Anterior.....:	126.787,30
	Despesa Empenhada..:	5.590,00
	Saldo Disponível.....:	121.197,30

Despesa Bruta.: <b>5.590,00</b>	Descontos.: <b>0,00</b>	Despesa Líquida.....:	<b>5.590,00</b>
---------------------------------	-------------------------	-----------------------	-----------------

**ORDENADOR DA DESPESA**

**CONTADOR**

Nos termos da legislação vigente e no uso competente das minhas atribuições de Ordenador da Despesa determina-se que seja processada a despesa acima especificada

**MARIA REGINA DE CARVALHO MARTINS**

**Bruna Rita Albergaria Lopes Marcelo**  
CRC:082877/O

**LIQUIDAÇÃO**

**ORDEM DE PAGAMENTO**

**CONTROLE INTERNO**

O material ou serviço foi entregue conforme solicitado.

Face à liquidação processada determino o seu pagamento.

Examinamos o percurso da despesa, em conformidade com as disposições legais que disciplinam o seu processamento.

Data: **03 / 04 / 2024**

Data: / /

**VIVIANE CORDEIRO DE OLIVEIRA**  
DIRETORA ASSISTENCIAL

**MARIA REGINA DE CARVALHO MARTINS**  
Secretaria Executiva

**Adriana Aparecida de Oliveira**  
Controle Interno

**RECIBO**

Recebi o valor acima descrito referente a despesa com materiais e / ou serviços acima especificado, para a qual dou quitação, para um só efeito.

Documento de Identificação:

Data: / /

Nome \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

Banco .....

Documento .....

Conta .....

Recursos .....

Assinado por 4 pessoas: BRUNA RITA ALBERGARIA LOPES MARCELO, ADRIANA APARECIDA DE OLIVEIRA, VIVIANE CORDEIRO DE OLIVEIRA e MARIA REGINA DE CARVALHO MARTINS Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://cisamapi.1.doc.com.br/verificacao/





## VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: D459-07A1-D8ED-6641

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

- ✓ BRUNA RITA ALBERGARIA LOPES MARCELO (CPF 013.XXX.XXX-70) em 10/04/2024 15:38:22 (GMT-03:00)  
Papel: Parte  
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)
  
- ✓ ADRIANA APARECIDA DE OLIVEIRA (CPF 091.XXX.XXX-67) em 11/04/2024 14:37:54 (GMT-03:00)  
Papel: Parte  
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)
  
- ✓ VIVIANE CORDEIRO DE OLIVEIRA (CPF 016.XXX.XXX-83) em 11/04/2024 15:51:25 (GMT-03:00)  
Papel: Parte  
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)
  
- ✓ MARIA REGINA DE CARVALHO MARTINS (CPF 231.XXX.XXX-34) em 11/04/2024 16:39:24 (GMT-03:00)  
Papel: Parte  
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

<https://cisamapi.1doc.com.br/verificacao/D459-07A1-D8ED-6641>



Município de Ponte Nova - MG  
Secretaria Municipal de Fazenda  
Rua Avenida Caetano Marinho, Centro, 306 - 35430000 - Ponte Nova - MG

NÚMERO DA NOTA FISCAL  
2024/2439



Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Dados da NFS-e

Natureza da Operação: Isento Nº RPS:	Código de Autenticidade: 660d3636 Nº NFS-e: 2024/2439	Data de Emissão: 03/04/2024 07:57:58 Data Emissão RPS:
---	--	---

Dados do Prestador



Razão Social: FUNDACAO FILANT E BENEF DE SAUDE ARNALDO GAVAZZA FILHO  
Nome Fantasia: FUNDACAO FILANT E BENEF DE SAUDE ARNALDO GAVAZZA FILHO  
CNPJ: 26.150.979/0001-78 Inscrição Estadual: Inscrição Municipal: 76006100  
Endereço: AVN Doutor José Grossi, 16, Não informado, Guarapiranga, Cep:35430213, PONTE NOVA - MG  
Telefone: (31) 3819-5000 E-mail: financeiro@gavazza.com.br  
Incentivador Cultural: Não Simples Nacional: Não optante Regime Especial: Nenhum

Dados do Tomador

Razão Social: CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE DA MICRO REGIAO DO VALE DO PIRANGA- CISAMAPI  
CNPJ: 01.095.667/0001-88 Insc. Estadual:ISENTO Insc. Municipal: ISENT0  
Endereço: AV ERNESTO TRIVELLATO, 120, TRIANGULO - CEP 35.430-141 - PONTE NOVA - MG  
E-mail: tesouraria@cisamapi.mg.gov.br

Discriminação dos Serviços

REFERENTE 43 CONSULTAS

Observações

Código/Serviço - Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza

04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.

Código CNAE 8610101	ISSQN Retido Não	Local Prestação dos Serviços 3152105 - PONTE NOVA - MG	Local de Incidência ISSQN 3152105 - PONTE NOVA - MG
------------------------	---------------------	---	--

Retenções Federais

PIS R\$ 0,00	COFINS R\$ 0,00	INSS R\$ 0,00	IR R\$ 0,00	CSLL R\$ 0,00	OUTRAS R\$ 0,00
-----------------	--------------------	------------------	----------------	------------------	--------------------

Valores da NFS-e

Valor Total dos Serviços R\$ 5.590,00	Deduções R\$ 0,00	Desconto Incondicionado R\$ 0,00	Desconto Condicionado R\$ 0,00	Base de Calculo R\$ 5.590,00
Alíquota 0,00	Valor do ISSQN R\$ 0,00	Valor Total R\$ 5.590,00	Valor Líquido R\$ 5.590,00	

Recebemos de FUNDACAO FILANT E BENEF DE SAUDE ARNALDO GAVAZZA FILHO os serviços discriminados na nota fiscal eletrônica indicada ao lado.		NFS-e 2024/2439
Data de recebimento	Assinatura e Documento do recebedor	

Assinado por 1 pessoa: VIVIANE CORDEIRO DE OLIVEIRA  
Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://cisamapi.1.doc.com.br/verificacao/7A89-049C-D43E-D8FD> e informe o código 7A89-049C-D43E-D8FD





## VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 7A89-049C-D43E-D8FD

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

- ✓ VIVIANE CORDEIRO DE OLIVEIRA (CPF 016.XXX.XXX-83) em 03/04/2024 13:20:29 (GMT-03:00)  
Papel: Parte  
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

<https://cisamapi.1doc.com.br/verificacao/7A89-049C-D43E-D8FD>





## VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 9C1A-41FA-DBD0-FAAA

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

- ✓ GRACIELE CRISTINA BARBOSA (CPF 110.XXX.XXX-44) em 03/04/2024 16:13:53 (GMT-03:00)  
Papel: Parte  
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

<https://cisamapi.1doc.com.br/verificacao/9C1A-41FA-DBD0-FAAA>

Resumo	Quantidade	Valor
ALVINOPOLIS	4,00	520,00
AMPARO DA SERRA	1,00	130,00
DIOGO DE VASCONCELOS	2,00	260,00
DOM SILVÉRIO	3,00	390,00
JEQUERI	3,00	390,00
ORATÓRIOS	9,00	1.170,00
PIEIDADE DE PONTE NOVA	1,00	130,00
PONTE NOVA	3,00	390,00
RIO DOCE	7,00	910,00
SAO JOSE DO GOIABAL	1,00	130,00
URUCÂNIA	9,00	1.170,00
<b>Total</b>		<b>5.590,00</b>

Graciele

Agenda Intervalo 16022024 e 15032024, Situação Contém ATENDIDA, Recurso Contém FM, Atendimento Contém INICIAL, ::Estabelecimento igual a 26150979000178 - HOSPITAL ARNALDO GAVAZZA FILHO ::Procedimento Contém 0301010072 - CONSULTA OFTALMOLÓGICA ESPECIALIZADA EM CATARATA, RETINA, GLAUCOMA E PLÁSTICA OCULAR (PN)  
Resumo de Agendas por Profissional e Município

Resumo de Agendas	Quantidade	Valor
BRUNA ASSIS CHAVES	5	650,00
ALVINOPOLIS	1	130,00
AMPARO DA SERRA	1	130,00
PIEDADE DE PONTE NOVA	1	130,00
RIO DOCE	2	260,00
DEBORAH SILVEIRA SANTANA	10	1.300,00
ALVINOPOLIS	3	390,00
ORATÓRIOS	3	390,00
RIO DOCE	1	130,00
URUCÂNIA	3	390,00
EDUARDO RIBEIRO MANSUR BARBOSA	1	130,00
JEQUERI	1	130,00
GUSTAVO MAGALHÃES MUCCI	27	3.510,00
DIOGO DE VASCONCELOS	2	260,00
DOM SILVÉRIO	3	390,00
JEQUERI	2	260,00
ORATÓRIOS	6	780,00
PONTE NOVA	3	390,00
RIO DOCE	4	520,00
SAO JOSE DO GOIABAL	1	130,00
URUCÂNIA	6	780,00
Total	43	5.590,00



Terça, 02 de Abril de 2024 - 07:54



## VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: D949-8A4F-8D2B-0D8E

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

- ✓ GRACIELE CRISTINA BARBOSA (CPF 110.XXX.XXX-44) em 03/04/2024 16:02:30 (GMT-03:00)  
Papel: Parte  
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

<https://cisamapi.1doc.com.br/verificacao/D949-8A4F-8D2B-0D8E>



## Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	0146 / 006 / 00000350-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	CISAMAPI ASSISTENCIA
<b>CPF/CNPJ:</b>	01.095.667/0001-88

<b>Banco:</b>	341 - ITAU UNIBANCO BM S.A. 0000000 - 60701190
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	1481 / 00000021965-5
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	FUND FILANT BENEF SAUDE A GAVAZZA FILHO
<b>CPF/CNPJ:</b>	26.150.979/0001-78
<b>Valor:</b>	R\$ 5.590,00
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 0,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG GAVAZZA
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	12/04/2024
<b>Data / Hora da operação:</b>	12/04/2024 09:36:08

<b>Código da operação:</b>	00107330
<b>Chave de segurança:</b>	AS7FFLYZW1ZXN7WC

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 60 MINUTOS.

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104